Aus der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke
in Marburg a. L.
(Direktor: Professor Dr. W. Uffenorde)

Peritonsilläre Abszesse nach völliger Ausschälung der Gaumenmandeln

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der
gesamten Medizin der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philippsuniversität zu Marburg

vorgelegt von

Richard Dohmann
Medizinalpraktikant aus Borgentreich (Westf.)

Marburg-Lahn 1937
Universitäts-Druckerei Joh. Aug. Koch (Dr. C. Hitzeroth)

Angenommen
von der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg
am 20. Januar 1937

Referent: Prof. Dr. Uffenorde

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner Mutter und dem Andenken
meines verstorbenen Vaters

Peritonsilläre Abzesse nach völliger Ausschälung der Gaumenmandeln.

Über die Notwendigkeit der Ausschälung der Mandeln in angezeigten Fällen und über deren gefahrlose Durchführung besteht heute wohl allgemein kein Zweifel. In vielen Arbeiten sind die günstigen Ergebnisse der Mandelausschälung an Hand einer großen Zahl von Krankengeschichten veröffentlicht. Notwendig ist die vollständige Entfernung alles Tonsillengewebes zwischen den Gaumenbögen. Dadurch beugt man am besten Rezidiven vor, die sich glücklicherweise nur in seltenen Fällen noch weiter als Rachenentzündung, insbesondere als Seitenstrangangina bemerkbar machen. Um so bemerkenswerter sind die Fälle, in denen trotz regelrecht durchgeführter Operation weiter Peritonsillitiden auftreten oder gar peritonsilläre Abszesse.

Auszuschließen sind für dieses Thema die Fälle, in denen nach einseitiger Mandelausschälung ein Abszeß der nicht operierten Seite auftrat.

In der Hals-Nasen-Ohrenklinik in Marburg sind bisher 4 Fälle vorgekommen, in denen trotz gründlicher Ausschälung der Mandeln erneut ein peritonsillärer Abszeß auftrat.

I. Fall: H., W.

Anamnese: Der Kranke ist 26 Jahre alt. Seit Jahren im Herbst fast regelmäßig Mandelentzündung. Bis zur Aufnahme in die hiesige Klinik am 26. 12. 1927 waren schon vier mal peritonsilläre Abszesse gespalten. Am 27. 12. 1927 wurde hier in der Klinik ein peritonsillärer Abszeß rechts inzidiert, nachdem zwei Tage vorher ein peritonsillärer Abzeß links vom einweisenden Arzt gespalten war.

Am 6. 3. 1928 kam H. zur Enukleation.

Die rechte Tonsille überragt den Gaumenbogen und ist stark zerklüftet. Die linke Tonsille überragt den Gaumenbogen nicht.

Operationsbericht: Die Ausschälung wurde in Lokalanästhesie vorgenommen. Bei Ausschälung der linken Tonsille zeigt es sich, daß das Gewebe so morsch ist, daß es mit der Pinzette nicht festzuhalten ist. Die linke Tonsille wird mit dem Conchotom ausgeräumt. Die rechte Tonsille ist mit der Unterlage fest verwachsen, sodaß sie mit der Schere scharf abgetrennt werden muß. Das Gewebe ist hart, teilweise verknorpelt Vier Stunden nach der Ausschälung ziemlich starke Blutung. Die Blutung steht in kurzer Zeit von selbst.

Am 17. 3. 1928 wird H. entlassen.

Wiederaufnahme am 2. 2. 1929. Seit zwei Tagen klagt der Kranke über Halsschmerzen, Schluckbeschwerden und Kopfschmerzen. Viel Schleim und Speichelabsonderung. Dickes Gefühl im Hals. Heute morgen Erstickungsgefühl.

Befund. Ernährungszustand gut. Herz: Töne rein, Aktion regelmäßig. Lungen: überall vesikuläres Atmen. Reflexe: o. B. Ohren ohne krankhaften Befund. Nase: rechts frei, links Krista septi nach hinten sich verbreiternd. Mundhöhle: Zähne teilweise kariös. Zunge, besonders in ihren hinteren Abschnitten, dick belegt. Zwischen den Gaumenbögen eingelagert und mit diesen verwachsen reichlich lymphatisches Gewebe. Beide Seiten sehr gerötet, geschwollen und mit dicken gelblichen Belägen besetzt. Zäpfchen mäßig geschwollen, stark gerötet. Links: Peritonsilläres Gewebe etwas vorgewölbt, Gaumensegel auf der linken Seite etwas starrer als rechts. Follikel am Zungengrund geschwollen. Epiglottis gerötet, keine Ödem im Larynx. Schleimhaut der Rachenhinterwand gerötet, mit Schleim bedeckt. Temperatur 38,8 °. Regionäre Lymphknoten geschwollen, stark schmerzhaft. Abstrich: Diphtherie neg. Plaut pos. Mehrmalige Punktion ergibt keinen Eiter.

3. 2. 1929. Temperatur 38,6 °. Peritonsilläre Vorwölbung stärker. Punktion ergibt Eiter. Inzision eines Abszesses.

5. 2. 1929. Temperatur zur Norm zurückgegangen. Stumpfe Lüftung der Inzisionswunde ergibt noch etwas dünnen Eiter.

7. 2. 1929. Subjektives Wohlbefinden. Regionäre Drüsen links noch etwas geschwollen.

12. 2. 1929. Im Bereich der linken Tonsillengegend Rötung abgeblaßt. Inzisionswunde vernarbt. Noch leichte Drüsenschwellung links. Der Kranke wird entlassen.

Zusammenfassung: H. W. erkrankt periodisch an peritonsillären Abszessen. Zu ihrer Verhütung werden die Mandeln ausgeschält. Die Operation wird im Intervall ausgeführt. 11 Monate später tritt auf der linken Seite erneut ein typischer peritonsillärer Abszeß auf. Bei der Inspektion findet sich links zwischen den Gaumenbögen noch reichlich tonsilläres Gewebe, das wohl ursächlich als Ausgangspunkt des Rezidivs in Frage kommt. Da auf der linken Seite, wo später der Abszeß auftrat, die Gaumenmandel infolge ihrer Zerreißlichkeit bei der Ausschälung mit dem Conchotom entfernt werden mußte, kann dort ein kleiner Rest zurückgeblieben sein, der dann zum Ausgangspunkte eines Rezidivs wurde.

II. Fall: R., Ph.

Der Kranke kam im Juli 1928 in Behandlung.

Anamnese: Alter 37 Jahre. Seit Jahren immer wieder Halsentzündungen. Vier mal sind peritonsilläre Abzesse inzidiert worden. R. hat einmal eine Nierenentzündung durchgemacht. Die Mandeln wurden am 1. 8. 1928 ausgeschält.

Damaliger Befund: Nase o. B. Rachen: Gaumenmandeln sehr klein. Hintere Nase und Nasenrachen ohne Befund, beiderseits große Drüsen an den Kieferwinkeln. Die Operation wurde in Lokalanästhesie ausgeführt und verlief glatt.

Der Heilverlauf war gut und R. wurde am 11. 8. 1928 mit folgendem Befunde entlassen: Operationswunden sehen gut aus, Ohren und Nase o. B. Keine besonderen Beschwerden.

2 Jahre später am 8. 10. 1930 erkrankte R. plötzlich mit Frost. Er hatte starke Schmerzen im Hals und konnte nicht schlucken. Temperatur 39°. Der Hausarzt inzidierte eine peritonsilläre Schwellung, ohne dem Kranken Erleichterung zu verschaffen. Eiter fand sich nicht. Der Zustand des R. verschlechterte sich, die Schluckbeschwerden nahmen zu. Starke Schlaflosigkeit.

Am 10. 10. 1930 kam der Kranke in Behandlung von Prof. Uffenorde.

Befund: Starke Schwellung und Rötung im Halse rechts. Mächtiges Uvulaödem. Schmerzhafte Drüsenschwellungen. Auf Inzision entleert sich viel dünnflüssiger Eiter. Die Inzision ging durch ein sehr derbes Narbengewebe.

11. 10. 1930. Stumpfe Dilatation der Inzisionswurnde. Der Patient fühlt sich noch äußerst matt. Die Beschwerden sind zurückgegangen.

21. 10. 1930. Wieder etwas Druckgefühl im Halse. Diffuse mäßige Schwellung. Es ist keinerlei Mandelgewebe sichtbar. Zu sehen sind viele Narben von alten peritonsillären Abszessen. Keine wesentlichen Drüsenschwellungen.

Fünf Jahre nach der Ausschälung. 12. 9. 1933. Seit drei Tagen hat R. Halschsmerzen, besonders rechts starke Schluckbeschwerden. Temperatur 38°. Beide Tonsillen sind ausgeschält. Rechts wölbt sich der Gaumenbogen stark vor, ist hochrot. Halsdrüsen sind geschwollen und stark schmerzhaft. Auf Inzision entleert sich eine Menge Eiter.

Zusammenfassung. Der Kranke leidet seit Jahren immer wieder an Anginen mit peritonsillären Abszessen. Die Mandelausschälung wird in Lokalanästhesie vorgenommen. Die Operation verläuft glatt und der Patient kann nach 10 Tagen geheilt entlassen werden. Der Patient bleibt zwei Jahre völlig beschwerdefrei. Dann erkrankt er plötzlich an Halsschmerzen und Schluck-

beschwerden. Auf der rechten Seite bildet sich wieder ein peritonsillärer Abszeß, der sich auf Inzision und einmalige stumpfe Dilatation zurückbildet. Tonsilläres Gewebe ist nirgends zu sehen, nur derbes Narbengewebe, in dem sich der Abszeß entwickelt hat.

Fünf Jahre nach der Ausschälung bildet sich auf derselben Seite erneut ein peritonsillärer Abszeß, aus dem sich bei der Inzision eine Menge Eiter entleert. Auch jetzt ist kein tonsilläres Gewebe zu sehen.

III. Fall: Sch., H. 23 Jahre alt.

Seit Jahren erkrankte die Patientin periodisch an Halsentzündungen. Von Seiten der Ohren hatte die Patientin nie Beschwerden. Bis zur Mandelausschälung waren sechs mal peritonsilläre Abszesse gespalten, zuletzt am 22. 8. 1932. Gelenkrheumatismus und Nierenentzündung hat die Patientin nie gehabt. Am 2. 9. 1932 wurden die Mandeln ausgeschält.

Befund. Ernährungszustand mittel, Herztöne rein, Aktion regelmäßig. Über den Lungen überall vesikuläres Atmen. Urin: frei von Eiweiß und Zucker. Ohren und Nase ohne krankhaften Befund. Gebiß in Ordnung. Zunge feucht, ohne Beläge. Rechte Tonsille vergrößert, stark zerklüftet und etwas gerötet. Am rechten vorderen Gaumenbogen mehrere Inzisionsnarben.

Operationsbericht. Die linke Tonsille läßt sich gut herausschälen, die rechte zeigt sehr starke Verwachsungen und ist sehr zerreißlich, daß zum Schluß Tonsillenreste mit dem Conchoton entfernt werden müssen.

Der Heilverlauf war ohne Besonderheiten. Am 10. 9. 1932 wurde Sch. in poliklinische Behandlung entlassen. Die Wundbetten waren gereinigt, die Temperatur normal.

Zwei Jahre später Wiederaufnahme. Am 16. 11. 1934 erkrankte Sch. erneut an starken Hals- und Schluckbeschwerden. Auf der rechten Seite zeigt sich eine starke Vorwölbung des Gaumenbogens. Das Gaumensegel ist stark gerötet und besonders rechts stark geschwollen. In der Mitte des oberen Gaumenbogens, etwa ½ cm vom Vorderrand sieht man eine helle Stelle. (Abszeßkuppe?)

Am 17. 11. 1934 wird inzidiert und es entleert sich eine Menge Eiter. In den folgenden Tagen wurde die Inzisionswunde wegen Verklebungsgefahr drei mal stumpf gespreizt.

Die entzündlichen Erscheinungen gingen bald zurück. Am 22. 11. 1934 konnte die Kranke mit einigen Tagen Schonung entlassen werden.

Zusammenfassung. Seit Jahren leidet Sch. an schweren Anginen mit peritonsillären Abszessen. Ausschälung der Mandeln in Lokal-

anästhesie. Die rechte Tonsille wird wegen ihrer Weichheit und starken Zerreißlichkeit mit dem Conchotom entfernt. Der Heilverlauf ist ohne jegliche Komplikation. Die Kranke bleibt zwei Jahre beschwerdefrei. Dann plötzlich erneute Halsentzündung und Auftreten eines peritonsillären Abszesses auf der rechten Seite. Bei der Inzision entleert sich eine Menge Eiter. Auf mehrmalige Spreizung der Inzisionswunde geht die Entzündung bald zurück. Tonsilläres Gewebe war nirgends zu sehen.

IV. Fall: Uhl. 42 Jahre alt.

Anamnese. Der Kranke hatte vor der Mandelausschälung häufig Anginen und peritonsilläre Abszesse.

Wegen Gelenkrheumatismus und Nierenentzündung wurden die Mandeln am 26. 2. 1926 ausgeschält.

Uhl. fühlt sich nach der Operation sehr wohl, „wie neu geboren". Gelenkrheumatismus und Nierenentzündung sind nicht mehr aufgetreten. Urin frei von Eiweiß.

Im Laufe der Zeit hatte der Patient mehrmals Reizungen im Halse, Anginen leichter Art, Verschleimung, aber alles ohne stärkere Allgemeinerscheinungen.

April 1936 erkrankte Uhl. an einer heftigen Angina mit hohen Temperaturen. Er fühlte sich matt und abgespannt. Im Rachen hatte er besonders starke Schmerzen mit heftigen Schluckbeschwerden. Ein peritonsillärer Abszeß brach spontan durch. Die Temperatur ging zurück und die Schmerzen nahmen ab. Urin ist frei von Eiweiß. Bei der Inspektion sieht man eine diffuse Rötung der Rachengebilde. Palpation der hinteren Rachenwand ergibt Fehlen einer besonderen Schwellung. Rechts etwas stärkere Schwellung der Gaumenbögen und des Narbengewebes, z. Zt. ist ein Abszeß nicht nachzuweisen (ist vor zwei Tagen spontan durchgebrochen).

In der unteren Polgegend einige Nischen und Buchten mit Pfropfgehalt, in die man nicht weiter hineinhaken kann Ob dieses bei der vor zehn Jahren vorgenommenen Enukleation zurückgebliebene Mandelreste sind, oder ob dieses Gewebe von der Zungenmandel neu entstanden ist, ist unsicher. Jedenfalls handelt es sich um ganz geringe reaktionlose Gewebsreste, die als Ausgangspunkt des Abszesse nicht in Frage kommen. Peritonsilläre Abszesse nach Ausschälung der Mandeln sind, wie wir an dem Material der Marburger Klinik sehen, außerordentlich selten, trotzdem Halsentzündungen, insbesondere die Seitenstrangangina nach Enukleation häufiger vorkommen. Letzteres erklärt sich dadurch, daß wir es meist mit einer für Infektionen in hohem Maße anfälligen Schleimhaut zu tun haben, die entweder schon vor der Mandelausschälung mit erkrankt war oder nach wie vor erkranken

kann, wenn auch der Hauptausgangspunkt der Halsentzündungen, die Gaumenmandeln, ausgeschaltet sind.

Die peritonsillären Abszesse nach Ausschälung der Mandeln, die in der Marburger Klinik beobachtet wurden, traten alle längere Zeit nach der Operation auf und zwar zwischen neun Monaten und zehn Jahren.

Die Indikation zur Enukleation war in allen vier Fällen das periodische Rezidivieren von heftigen Anginen mit peritonsillären Abszessen gewesen. In einem Falle kam noch ein Gelenkrheumatismus und Nierenentzündung hinzu, die beide durch das Ausschälen der Mandeln günstig beeinflußt wurden. Peritonsilläre Abszesse in den ersten Tagen nach der Ausschälung, wie sie im Schrifttum oft Erwähnung finden, sind nicht vorgekommen.

Bei Fall II (R.) trat noch zwei mal nach der Ausschälung ein peritonsillärer Abszeß auf und zwar zwei und fünf Jahre nach der Operation.

Fall I zeigte noch reichlich tonsilläres Gewebe zwischen den Gaumenbögen, das als Ausgangspunkt des Rezidivs angesehen werden kann, während bei Fall IV sich in der unteren Polgegend ein reaktionsloses Gewebe vorfand, das als Ausgangspunkt des Rezidivs nicht in Frage kam.

In den beiden übrigen Fällen fand sich keinerlei tonsilläres Gewebe mehr vor.

Der Abszeß trat bei I und III an der Seite auf, an der die Ausschälung infolge von Verwachsung und Zerreißlichkeit der Tonsille schwieriger war und sie mit dem Conchotom entfernt werden mußte. Bei Fall II zeigte sich bei der Inzision des Abszesses ein dickes Narbengewebe.

In allen vier Fällen machten die Abszesse die typischen Beschwerden mit Fieber, Hals- und Schluckschmerzen, Kieferklemme und Schmerzausstrahlung zum Ohr.

Die Therapie bestand in drei Fällen in der Inzision und späterer stumpfer Spreizung der Inzisionswunde. In einem Falle brach der Abszeß spontan durch. Die Beschwerden gingen nach Öffnung des Abszesses immer schnell zurück, weitere Komplikationen traten nicht auf.

Wie schon erwähnt, kam es in einem Falle nochmals zum Rezidiv. Das Alter der Patienten war zwischen 23 und 40 Jahren.

Im Schrifttum sind über 20 Fälle von peritonsillären Abszessen nach Ausschälung der Mandeln angegeben. Die beschriebenen Fälle lassen sich in zwei Gruppen teilen, je nachdem der peritonsilläre Abszeß kurze oder längere Zeit nach der Mandelausschälung

in Erscheinung trat. In 11 Fällen trat ein peritonsillärer Abszeß wenige Tage nach der Enukleation auf.

Glas berichtet über zwei Fälle, in denen ein Abszeß zwei und zehn Tage nach der Mandelausschälung auftrat. In einem Falle gingen die Beschwerden nach Durchbruch eines kariösen Weisheitszahnes bald zurück, während es im 2. Falle nach zwei Tagen zum Spontandurchbruch des Eiters kam. Die Ektomiewunden waren mit Formamint und Arg. nitr. Pinselungen behandelt.

Siegmann beobachtete vier Fälle von peritonsillären Abszessen, von denen 2 drei Tage, 2 sechs Tage nach der Ausschälung auftraten. In zwei Fällen wurde inzidiert, bei den beiden übrigen Fällen erfolgte Spontandurchbruch. In einem Falle war die Ausschälung ambulant vorgenommen.

Imhofer. Patient wird tonsillektomiert wegen rezid. Anginen mit peritonsillären Abszessen. Drei Tage nach der Operation hohe Temperatur und starke Schluckschmerzen. Starke Schwellung der ganzen Peritonsillargegend, die beiden Gaumenbögen sind bis zur Berührung genähert, die ganze Wundhöhle ist hermetisch abgeschlossen. Durch stumpfe Trennung der Gaumenbögen entleert sich trübe, nicht direkt eitrige Flüssigkeit. Schneller Rückgang aller Beschwerden.

Claus sah zwei Fälle von postoperativen peritonsillären Abszessen, die durch fehlerhafte Injektion (Stichinfektion) entstanden sein sollen.

Revay hat ebenfalls einen Fall beobachtet, bei dem vier Tage nach der Operation Schluckbeschwerden, Schmerzen in der rechten Halsseite und Schwellung der rechten Peritonsillargegend und der rechten Pharynxwand auftraten. Ein peritonsillärer Abszeß brach spontan durch, worauf alle Beschwerden bald zurückgingen.

Woelk. Glatt verlaufende Operation. Am sechsten Tage Fieber und Druckempfindlichkeit der rechten Halsseite. Am achten Tage bildet sich ein Abszeß der linken Peritonsillargegend und des linken Seitenstranges. Inzision des Abszesses läßt alle Beschwerden bald abklingen.

Von verschiedenen Autoren sind peritonsilläre Abszesse beschrieben, die längere Zeit nach Ausschälung der Mandeln auftraten.

Menzel. Patient wurde vor einem Jahre tonsillektomiert. Jetzt Schmerzen im Hals und Temperatur bis 41 °. Wallnußgroße Vorwölbung an Stelle der linken Tonsille. Inzision ergibt dicken Eiter. — Einen ähnlichen Fall sah M. drei Jahre früher schon einmal.

Norsk beschreibt in einer Arbeit „Ergebnisse der Tonsillektomie bei Erwachsenen“ einen Fall, in dem ein peritonsillärer Abszeß längere Zeit nach der Ausschälung auftrat. Es fand sich ein Rest von adenoidem Gewebe.

Dobrowolsky behauptet, daß die Tonsillektomie keinen absoluten Schutz vor der Bildung von peritonsillären Abszessen bietet. Er beobachtete ein Rezidiv, das ursächlich durch einen Tonsillenrest entstanden ist.

Sadowski. Ein Jahr nach der Mandelausschälung bekommt ein Patient erneut einen Abszeß in der Tonsillektomienarbe rechts, der spontan durchbricht. Es entleert sich durch eine kleine Ulceration rahmiger Eiter.

Linck beschreibt einen Fall von peritonsillärer Phlegmone sechs Monate nach der Mandelausschälung. Die linke Tonsillengegend und der weiche Gaumen sind stark geschwollen. In der Mitte der Vorwölbung ein eingezogener Trichter, in dem ein ödematöser Stumpf von Mandelgewebe ist. Inzision ergibt großen Abszeß, bringt aber keine Besserung. Nach zwei Tagen Exitus durch Sepsis.

Linck glaubt, daß der Mandelrest als Infektionsherd Ursache dieser progressiven Phlegmone und des septischen Ausganges sei.

Hinsberg hat zwei Fälle von peritonsillären Abszessen mitgeteilt, die Jahre nach der Mandelausschälung auftraten.

I. Fall. Junge Frau, die vor 15 Jahren tonsillektomiert wurde, erkrankt mit hohem Fieber, starken Schluckbeschwerden, Husten und schweren Allgemeinerscheinungen. Diffuse Rötung des Rachens. An der Tonsillektomienarbe nichts Besonderes, kein Ödem, kein Tonsillenrest. Ein Infektionsherd in der Tonsillengegend war nicht zu finden. Fünf Wochen nach Beginn der Erkrankung öffnet sich spontan ein Abszeß im rechten Gaumenbogen. Es entleert sich eine Menge Eiter. Patientin wird fieberfrei. Nach Abklingen sämtlicher Symptome ergibt die Inspektion folgendes Bild: Links keine Spur von Tonsillrest. Rechts: Vorderer Gaumenbogen mit dem hinteren verwachsen, in der Mitte Mitte sehniger Narbenzug. Darüber ein ½ erbsengroßes Knöpfchen, das nach Angabe der Kranken vor dem Durchbruch des Abszesses nicht sichtbar gewesen sein soll. Das Knöpfchen wurde herauspräpariert und zeigt sich mikroskopisch als adenoides Gewebe.

II. Fall. 20 Jahre nach der Mandelausschälung erkrankt ein Mann an Fieber und Schluckbeschwerden. Links starke Vorwölbung des oberen Teiles des vorderen Gaumenbogens, besonders der Tonsillektomienarbe. Inzision ergab reichlich stinkenden Eiter. Beschwerden schwinden schnell. Man sieht jetzt, daß im unteren

Teil der linken Tonsillektomienarbe vielleicht ein kleiner Tonsillenrest sitzt. Mikroskopische Untersuchung eines aus der Umgebung exzidierten Stückes ergibt kein tonsilläres Gewebe.

Guyol, R., Zürich. Von 697 Tonsillektomien kam es bei drei Fällen im Laufe der Jahre neuerdings zu Abszessen, ausgehend von kleinen Resten des unteren Mandelpols.

George S. Richards. Bei einer jungen Frau trat zwei Jahre nach der Mandelausschälung ein peritonsillärer Abszeß auf, an dem die Frau fast zugrunde ging. Ein kleines Stückchen Tonsillengewebes war in der Fossa supratonsillaris zurückgeblieben.

Kramm beschreibt einen peritonsillären Abszeß, der längere Zeit nach der Mandelausschälung auftrat. Verfasser glaubt, daß die wiederkehrenden häufigen Abszesse meist von den geschrumpften Abszeßhöhlen ausgehen und daß zu ihrer Verhütung die breite Vereinigung der Abszeßhöhle mit der Mundhöhle erforderlich sei.

Ich will die Fälle des Schrifttums zusammen mit den Fällen der Marburger Klinik in einer Tabelle zusammenstellen.

I. Peritonsilläre Abszesse, die kurz nach der Enukleation auftraten.

Autor	Zeit nach der Ausschälung	Angegebene Ursache	Therapie	Sonstige Angaben
Glas	10 Tage	—	Wärme. Spontandurchbruch	Die Ektomiewunden waren mit Formamint u. Arg nitr. 3mal wöchentlich behandelt.
„	4 Tage	Kariöser Weisheitszahn	Zahnbehandlung	
Siegmann	1 Tag	—	Spontandurchbruch am 4. Tag	
„	3 Tage	—	Spontandurchbruch a 10. Tag	ambulant tonsillektomiert.
„	6 Tage	—	Inzision	
„	6 Tage	—	Inzision	
Imhofer	3 Tage	Verklebung der Gaumenbögen	stumpfe Lösung d. Gaumenbögen	
Claus 2 Absz.	—	Fehlerhafte Injektion		Stich durch die eitrige Tonsille in die Muskulatur.
Revay	4 Tage	Stichinfektion		
Woelk	3 Tage	—	Inzision	besonders Abszeß des linken Seitenstranges

II. Peritonsilläre Abszesse, die Monate bis Jahre nach der Enukleation auftraten.

Autor	Zeit nach der Ausschälung	angegebene Ursache	Therapie	Sonstige Angaben
Menzel	einig. Monate	—	Inzision	
Norsk	—	zurückgebl. Rest	—	
Dobrowolsky	—	zurückgebl. Rest	—	
Sadowski	1 Jahr	—	Spontandurchbruch	
Linck	6 Monate	Rest von Mandelgewebe	Inzision	Exitus letalis durch Sepsis
Hinsberg	15 Jahre	halberbsengroß. Knöpfchen adenoides Gewebe	Spontandurchbruch	
„	20 Jahre	—	Inzision	tonsilläres Gewebe konnte auch mikroskopisch nicht nachgewiesen werden.
Gyol R. Zürich	—	kleine Reste des unt. Mandelpoles	—	
Georg L. Richards	2 Jahre	Stücke Tonsillengeweb. i. d. Fossa supratonsillaris		
Kramm		Abszeßhöhle als selbst. Infekt.-Herd		

III. Marburger Fälle.

Patient	Zeit nach der Ausschälung	Ursache	Therapie	Heilverlauf
H. W.	9 Monate	Mandelrest	Inzision	Schnelles Abklingen aller Symptome
R. Ph.	2 Jahre und 5 Jahre	ruhende Infektion durch Rachenentzdg. aktiviert od. atyp. gewebl. Verhältnisse	Inzision	„ „
Sch. H.	2 Jahre	„	Inzision	„ „
Uhl.	10 Jahre	„	Spontandurchbruch	

Mit einer Ausnahme heilten alle Fälle, sowohl die des Schrifttums als die von uns beobachteten, nach Entleerung des Eiters durch Inzision oder Spontandurchbruch sehr schnell ab. In einem Falle (L i n c k) ist es zum Exitus durch Sepsis gekommen.

Als Hauptursache der peritonsillären Abszesse, die kurz nach der Ausschälung auftreten, wird von den meisten Autoren eine fehlerhafte Injektion angeschuldigt, die darin besteht, daß mit der Injektionsnadel infektiöses Material in das peritonsilläre Gewebe geimpft wird. (Stichinfektion.) Abgesehen davon, daß eine ungenügend sterilisierte Nadel verwendet wird, kommt diese Stichinfektion dann zustande, wenn bei der Injektion das Anstechen von adenoidem Gewebe nicht vermieden wird.

In einem Falle wird als Ursache eines Frühabszesses ein entzündeter Weisheitszahn angegeben, nach dessen Durchbruch der Abszeß bald zurückging.

Auch die Verklebung der Gaumenbögen mit folgender Sekretstauung kann zum Ausgangspunkt eines peritonsillären Frühabszesses werden. (Fall Imhofer.)

Bei den Fällen, in denen der operative Eingriff ambulant durchgeführt wurde und es nach kurzer Zeit zu einem peritonsillären Abszeß kam, ist daran zu denken, daß der Patient zu früh wieder mit infektiösem Material in Berührung kam und sich das durch die Operation geschädigte Gewebe für eine Infektion weniger widerstandsfähig erwies.

Eine starke mechanische und chemische Nachbehandlung der Ektomiewunden wird eher eine Abszeßbildung fördern als verhüten.

Alle diese angegebenen Ursachen kommen wohl kaum in Frage für die peritonsillären Abszesse, die Monate und Jahre nach der Mandelausschälung auftreten.

Ein zurückgebliebener Mandelrest ist in den meisten Fällen der Ausgangspunkt eines Abszesses. Oft sind es kleinste Reste von adenoidem Gewebe, die, wie es der Fall Hinsberg zeigt, erst nach Durchbruch des Abszesses und nach Abklingen der Entzündungserscheinungen sichtbar werden.

Kramm glaubt, daß außer Mandelresten die früheren Abszeßhöhlen, soweit sie nicht gründlich eröffnet wurden, als selbständige Infektionsherde zu betrachten sind, die sehr leicht als Ausgangspunkt eines Rezidivs in Erscheinung treten können.

Uffenorde erklärt die Bildung von peritonsillären Abszessen nach Ausschälung der Mandeln in dem Vorhandensein von ruhenden Infektionsherden in der Mandelumgebung, die von der Ausschälung nicht erfaßt sind und später bei einer Entzündung des Rachens wieder aufflackern. An Serienschnitten sind von ihm auch in der Umgebung der Mandelkapsel grampositive Bakterien nachgewiesen, die meist von der Mandel aus durch die Kapsel oder noch leichter im Verlauf adenoider Stränge, die durch Kapsellücken in das peritonsilläre Gewebe ziehen, nach dort gelangen.

Auch nach Ausschälung der Mandeln werden sicherlich immer noch, wenn auch nicht in dem Maße wie vor der Ausschälung, Bakterien von der Tonsillarbucht und der Rachenschleimhaut in das peritonsilläre Gewebe gelangen. Zumeist werden diese Bakterien immer wieder von den Abwehrkräften des Körpers vernichtet, aber auch ebenso gut kann bei starker Virulenz der Erreger und einer Abwehrschwäche des Organismus ein Entzündungsherd mit folgendem Abszesse sich bilden.

Es handelt sich hier um den gleichen Vorgang wie bei sonstigen ruhenden Infektionen im Körper, wo abgekapselte Bakterien durch irgend ein Agens z. B. vielleicht geringfügige Traumen, neue Entzündung, Gewebsumstimmung oder allgemeine Körperschwäche erneut zum Ausgangspunkt eines Entzündungsherdes werden können.

Außerdem können peritonsilläre Abszesse nach Ausschälung der Mandeln durch atypische gewebliche Verhältnisse bedingt sein. Durch dickes Narbengewebe kann adenoides Gewebe isoliert abgekapselt sein. Ferner gehen oft, wie schon oben erwähnt, von der Gaumenmandel durch die Kapsel hindurch Stränge von adenoidem Gewebe in das umliegende Gewebe. Die Kapsel am oberen Mandelpol kann sogar fehlen oder weist oft Lücken auf. Bei der Mandelausschälung bleiben dann sehr leicht in die umgebende Muskulatur verstreute Teile von Mandelgewebe zurück, die dann bei einer späteren Rachenentzündung einen Abszeß verursachen können.

Die Gefahr, daß es nach völliger Ausschälung der Mandeln noch zu peritonsillären Abszessen kommt, ist gleichviel nur gering, — in der Marburger Klinik unter mehreren tausend Fällen nur vier mal — und sie vermindert sich noch mehr, wenn man aus den oben erwähnten Gründen die richtigen Folgerungen für die Behandlung zieht.

Bei entzündlichen Zahnerkrankungen, besonders der Molaren und des Weisheitszahnes, ist zunächst die Zahnerkrankung zu behandeln, da von einem entzündeten Zahn aus ein Frühabszeß nach der Ausschälung auftreten kann, wie es in einem Falle beobachtet wurde. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Anästhesie, da eine fehlerhafte Anästhesie leicht zu postoperativen Abszessen führen kann. Die Fälle, in denen bei akuter Mandelentzündung tonsillektomiert wird, sind besonders gefährdet.

Bei der Einspritzung des Anästhetikums ist das Durchstechen von Mandelgewebe zu vermeiden, da hierdurch sehr leicht Infektionserreger in das peritonsilläre Gewebe gebracht werden. Ein mehrfacher Nadelwechsel soll diese Infektionsgefahr herabsetzen. Bei allen akuten Mandelentzündungen ist eine Injektion des Betäubungsmittels wegen der Gefahr eines postoperativen Abszesses zu unterlassen. Hier soll man das Anästhetikum wiederholt auf-

sprayen, wodurch eine ausreichende Anästhesie erreicht und die Hauptursache für die Entstehung der postoperativen peritonsillären Abszesse ausgeschaltet wird.

Bei der Operation ist darauf zu achten, daß das Mandelgewebe restlos entfernt wird, denn sehr oft sind es kleinste Reste von adenoidem Gewebe, die noch nach Jahren zum Ausgangspunkt eines peritonsillären Abszesses werden.

Kramm, der als Ausgangspunkt der peritonsillären Abszesse nach Ausschälung der Mandeln die nach früheren peritonsillären Abszessen verbliebenen Resthöhlen bezeichnet, schlägt vor, bei der Ausschälung auch die Abszeßwände breit zu entfernen, wodurch die Abszeßhöhle allmählich schrumpft und obliteriert, sodaß diese später nicht mehr zum Ausgangspunkt eines peritonsillären Abszesses werden kann.

Am folgerichtigsten ist noch die Meinung Lincks (Greifswald) der bei jedem peritonsillären Abszeß im akuten Stadium sofort ausschält.

Denn im akuten Stadium, wo der Tonsillenhintergrund weich und aufgelockert ist, wird eine vollständige Ausschälung der Mandeln leichter sein als bei den Intervalltonsillektomieen, bei denen die Tonsillenkapsel oft narbig mit der Umgebung verwachsen und ein Zurückbleiben von Mandelresten bei der Operation leichter möglich ist.

Auch die breite Eröffnung der Abszeßhöhlen, die Kramm zur Verhütung von Rezidiven fordert, ist bei der Tonsillektomie im akuten Stadium leichter möglich, besonders dann, wenn es sich um kleine, hinter der Mandel versteckt liegende Abszesse handelt.

Trotzdem wird in der Marburger und anderen Fachkliniken die Ausschälung der Mandeln im akuten Stadium bei peritonsillären Abszessen in der Regel nicht für notwendig erachtet, da die Operation für die Patienten einen bedeutend unangenehmeren und schmerzhafteren Eingriff bedeutet und die Gefahr der Nachblutung und der Verbreitung der lokalen Infektion auf den Gesamtorganismus besteht.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß peritonsilläre Abszesse nach Ausschälung der Mandeln äußerst selten sind. Bei Beachtung aller Vorsichtsmaßnahmen und gründlichem Vorgehen wird sich diese Zahl noch bedeutend verringern. Besonders die Rezidive, die kurz nach der Ausschälung auftreten, lassen sich bei Vermeidung von Fehlern bei der Anästhesie, bei der Operation und der Nachbehandlung mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließen.

Immerhin wird sich, wie unsere Fälle lehren, selbst wenn man alle vorbeugenden Maßnahmen trifft und auch gründlich operiert,

aus den erwähnten Gründen (ruhende Infektion, atypisches Narbengewebe) ein Abszeß nach vollständiger Ausschälung nicht immer vermeiden lassen. Er ist zwar eine unangenehme Komplikation, hat aber meist eine gute Prognose, zumal der Abszeß in kräftigem Narbengewebe zu liegen pflegt. Nur in einem Falle des Schrifttums (Linck) ist es zum Exitus durch Sepsis gekommen. Die einfache Inzision genügte in unseren Fällen zur Ableitung des Eiters und ein weiteres Rezidiv wurde nur in einem Falle (R.) beobachtet. Das Vorkommen von peritonsillären Abszessen nach Ausschälung der Mandeln kann also unseren Standpunkt von der segensreichen Wirkung der Ausschälung nicht erschüttern.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. Uffenorde für die freundlichst überlassenen Fälle und Unterweisungen meinen Dank aussprechen, ebenfalls Herrn Prof. Dr. Loebell für die bei der Anfertigung der Arbeit gütigst gegebenen Winke und Ratschläge.

Literaturverzeichnis

Claus: Komplikationen nach Tonsillektomie. Zentralblatt f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 14. S. 349.

Denker-Kahler: Handbuch f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk.

Dobrowolski: Tonsillektomie od. Tonsillotomie bei Kindern. Mtsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Bd. 19. S. 268.

Glas: Mtsschr. f. Ohrenheilk. usw. Bd. 14. S. 813.
Wiener Laryngo-Rhinolog. Gesellsch. Sitzung v. 4. II. 1914.

Güttich: Über die sog. Kapsel der Gaumenmandel. Zeitschr. f. Laryngo-Rhinologie. Bd. 7. 1915.

Guyol: R. Zürich. Zentralbl. f. Hals-, Nasen usw. Bd. 19. 1933. S. 512.

Herrmann: Zur Pathol. der tiefen Halsphlegmonen nach Tonsillektomie. Zeitschr. f. Laryngo-Rhinologie u. ihrer Grenzgebiete.

Hinsberg: Angina mit Nephritis u. peritons. Abszess trotz Enukleation. Zeitschr. f. Hals-, Nasen usw. Bd. 33. 1933. S. 77.

Hülberg: Ergebnisse der Tonsillektomie. Folia Otolaryngologica. Bd. 38. S. 232.

Imhofer: Beitrag zur Kasuistik der postoperat. Komplikationen der Tonsillektomie. Mtsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Bd. 17. S. 634.

Kofler: Phlegmone nach Tonsillektomie. Mtsschr. f. Ohrenheilk. usw. Bd. 50. 1916. S. 113.

Kramm: Die Behandlung des rückf. peritons. u. parapharyngealen Abszesses. Komplik. nach Tonsillektomie. Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 31. Heft 1. S. 54.

Linck: Inzision od. Tonsillekt. Archiv. f. Ohrenheilk. 131. S. 310. Verhütung der tonsillog. Sepsis durch Abszeß-Tonsillektomie. Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 39. Heft 3.

Menzel: Peritons. Abszeß nach Tonsillektomie. Zentralbl. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 8. 1926. S. 912.

Norsk: Ergebnisse der Tonsillektomie bei Erwachsenen. Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 2. S. 294.

Oppikofer: Unsere Erfahrungen bez. der Tonsillektomie. Zentralbl. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 4. S. 110.

Revay: Fall von Tonsillektomie mit seltener Komplikation. Mtsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Bd. 31. S. 114.

Richards: 35. Jahresversammlung der American-Laryngological-Association. Internat. Zentralbl. f. Laryngologie. Bd. 30. S. 79.

Sadowski: Arrosionsblutungen bei peritons. Abszessen. Mtsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie. Bd. 66. S. 732.

Schapiro: Tiefe Halsphlegmone nach Tonsillektomie. Zentralbl. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 16. S. 297.

Scebrny: Über phlegmonöse Komplikationen nach Ausschälung der Tonsillen. Zentralbl. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 17. S. 363.

Siegmann: Über das Vorkommen entzündl. Wundkomplikationen nach Tonsillektomie. Mtsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Bd. 1932. S. 1428.

Uffenorde: Verwicklungen der akuten Halsentzündungen. Zeitschr. f. Laryngologie. Bd. 13. 1925.
Bakterienbefunde in den Gaumenmandeln u. ihrer Umgebung bei chronischer Mandelsepsis. Münch. med. Wschr. 1933. Nr 28. S. 1085.

Vanderhoff: Abszeß nach Tonsillektomie. Zentralbl. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 13. 1915. S. 120.

Woelk: Retropharyngealabszeß nach Tonsillektomie. Zeitschr. f. Laryngologie usw. Bd. 23. 1932. S. 164.

Lebenslauf

Am 25. August 1908 wurde ich als Sohn des Landwirts Richard Dohman und seiner Ehefrau Johanna geb. Conze, zu Borgentreich/Westf. geboren. Ich bin arischer Abstammung und kath. Konfession. Ich besuchte die Rektorratsschule zu Borgentreich und später das Gymnasium zu Warburg, an welchem ich Ostern 1930 die Reifeprüfung ablegte, studierte dann Medizin an den Universitäten Marburg, Würzburg und Münster.

Im August 1932 bestand ich in Marburg das medizinische Vorexamen und vollendete am 21. Dezember 1935 ebenfalls dort das medizinische Staatsexamen.

Als Medizinalpraktikant war ich zunächst am Institut für gerichtliche und soziale Medizin in Marburg, (15. 1. 36 bis 22. 5. 36) dann an der Ernst-Ludwigheilstätte bei Sandbach im Odenwald (22. 5. 36 bis 1 .9. 36) und seither an der Medizinischen Poliklinik in Marburg.

Meine akademischen Lehrer waren:

in Marburg: Alverdes, Baur †, Boeminghaus, Clausen, Dittler, Freudenberg, Göppert, Grüneisen, Grüter, Jakobshagen, Kehrer, Klapp, Klewitz, Kretschmer, Kutscher, Loebell, Mauz, Meerwein, Nauk, Neumann, Pfannenstiel, Ruete, Schrader, Schwenkenbecher, Uffenorde, Versé;

in Würzburg: Dimroth, Harms, Lubosch, Petersen, Wetzel;

in Münster: Coenen, Esch, Groß †, Hertel, Jötten, Krause †, Vogt.